



23 Sunnybrook Rd.
Suite 116
Raleigh, NC 27610

Formulario de Registro del Paciente

Fecha: _____

Información del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Género: _____ SSN#: _____ - _____ - _____

Raza: Afroamericano Asiático Nativo Americano Blanco Otro Sin respuesta

Ethnicity: Hispano No Hispanos Sin respuesta

Información del Seguro

Nombre del seguro principal: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre de la persona asegurada: _____ DOB: _____

Relación con el paciente: _____

Nombre del seguro secundario: _____

Número de póliza: _____ Número de grupo: _____

Nombre de la persona asegurada: _____ DOB: _____

Relación con el paciente: _____

Madre/Tutor Legal

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa: _____

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Estado civil (Marque uno)

Soltero Casado Divorciado Viudo

Padre/Tutor Legal

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de casa: _____

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Estado civil (Marque uno)

Soltero Casado Divorciado Viudo

¿Quién es el cuidador principal de salud del el paciente? Ambos Madre Padre Otro

¿Quién tiene custodia legal de el paciente? Ambos Mother Father

Otro _____ (*Por favor proveer documentos necesarios de confirmación legal de custodia del paciente.)

Contacto de Emergencia (Además de los Padres)

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

NOMBRE TODAS LA PERSONAS QUE PODRAN LLAMAR A HACER CITAS MEDICAS, PEDIR AVISO MEDICO O TRAER SU HIJO A LA OFICINA PARA TRATAMIENTO (I.E. ABUELOS, NIÑERA, TIA...ETC) ESTOS INDIVIDUOS SERAN REQUERIDOS A PRESENTAR IDENTIFICACIÓN EN EL DIA DE LA CITA. SI ALGUIEN MAS APARTE DE LAS PERSONAS NOMBRADAS NOS CONTACTA CON RELACION A SU HIJO(A), CONTACTAREMOS A LOS PADRES O GURDIANES PARA PEDIR PERMISO PARA TRATAR AL PACIENTE. EN EL CASO DE UNA EMERGENCIA, TRATAREMOS Y HAREMOS TODO LO POSIBLE PARA CONTACTAR A LOS PADRES O GUARDIANES.

NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO TELÉFONO

Información Adicional

Idioma Preferido: _____

Médico Preferido: _____

Nombre de la Farmacia: _____

Dirección de la Farmacia: _____

Número de Teléfono de la Farmacia: _____

Autorización

Como una cortesía, Kids First Pediatrics verificara y archivara una demanda con su aseguransa pero Kids First Pediatrics no garantiza el pago. Yo entiendo que yo seré financieramente responsable por los servicios facilitados cuando los cargos sean contraídos. Por la presente, autorizo a Kids First Pediatrics y/o a al médico(s) a liberar los toda mi información médica requerida por mi compañía de seguro médico para poder archivar las demandas medicas. Yo autorizo pagos de todos los beneficio aplicables directamente a Kids First Pediatrics of Raleigh.

Esta autorización permancerá en efecto hasta ser revocada por mí por escrito. Una fotocopia será considerada como un original.

Permiso para liberar información adquirida en el curso de exanimación y/o tratamiento con referencia a tratamientos, pagos a servicios y operaciones es entendida y explicada en el Aviso de Privacidad.

Firma de los Padres/Tutor

Fecha

Formulario de Historial Médico

Preguntas Generales:

¿Cómo se enteró de nosotros? (Por favor marque uno)

Miembro de la familia Amigo Internet Anuncios Hospital de referencia Otro

Que relacion tiene usted con el paciente.....? (Por favor marque uno)

Madre Padre Abuelos Padre Adoptivo Otro Pariente Otro Yo (¿Ustedes el paciente?)

	Sí	No	No Sé	Explanation
¿Usted considera que su hijo(a) esta actualmente saludarle ?				
¿Tiene su hijo alguna enfermedad grave o condiciones médicas?				
¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento o desarrollo de su hijo?				
¿Esta su hijo registrado en una guardería?				
¿Esta su hijo registrado en la escuela?				¿Qué tipo?
¿Su familia cuenta con suficientes fondos para comer?				

la Historia del Nacimiento:

	Sí	No	No Sé	Explanation
¿Hubo algún problema prenatal o de nacimiento relacionado con la salud de el paciente?				
¿El paciente ha estado en cuidados intensivos NICU?				
¿Durante el embarazo la madre fumo?				
¿Durante el embarazo consumo bebidas alcoholicas?				
¿Durante el embarazo uso algún tipo de drogas?				
¿Durante el embarazo tomo vitaminas prenatales?				

Historia Social:

¿Donde está su hijo viviendo actualmente? (Por favor marque uno)

En una casa o un apartamento con la familia En una casa o un apartamento con los amigos

En una casa o un apartamento con la familia adoptiva Abrigo Otro

¿Cuántas veces has movido en el último año? (Por favor marque uno)

0

1-2

3-4

5 o más

	Sí	No	No Sé
¿Su hijo vive con ambos padres actualmente?			
¿Siente que su hijo vive en un lugar seguro?			
¿Hay animales domésticos en el hogar de su hijo/a?			
¿Hay detectors de humo en su hogar?			
¿Hay armas de fuego en el hogar de su hijo/a?			
¿Alguien en su casa fuma cigarrillos?			

	Siempre	A menudo	Algunas veces	Raramente	Nunca	No Aplicable
¿Con qué frecuencia su hijo use un casco al manejar bicicleta?						
¿Con qué frecuencia su hijo usa el cinturón de seguridad y silla adecuada a la edad?						
¿Con qué frecuencia come su familia juntos?						
¿Con qué frecuencia usted lee cuentos a su hijo?						

Antecedentes Familiares Biológicos:

Por favor marque una **X** en la casilla si la relación cotizada nunca ha sido diagnosticado con las siguientes condiciones médicas.

	Madre	Padre	Hermanos	Abuelos	Otros Parientes
Asma					
Diabetes					
Colesterol Alto					
Enfermedad del Corazón					
Alta Presion Sanguinea					
Cáncer					
Problemas de Aprendizaje					
Enfermedad Mental					
Enfermedad del Rinón					
Convulsiones					
Enfermedad Hepática					
Otras Preocupaciones					

Antecedentes Médicos:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Lleva lentes de contacto | <input type="checkbox"/> Malformación Urológica |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de vía aérea reactiva | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído frecuentes | <input type="checkbox"/> Otros Problemas Renales |
| <input type="checkbox"/> Sibilancias | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Trastorno Metabólico o Genético |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Otros problemas con los oídos y la audición | <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística |
| <input type="checkbox"/> Bronquiolitis | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problema de sangrado |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre |
| <input type="checkbox"/> Alergias estacionales | <input type="checkbox"/> Otros problemas neurológicos | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Problemas crónicos de la piel | <input type="checkbox"/> Alta presión Sanguinea | <input type="checkbox"/> Transplante de médula osea |
| <input type="checkbox"/> Alergia a las abejas | <input type="checkbox"/> Otros problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Allergy a los cacahuetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Ronquidos |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas de alergia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Huesos rotos | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal frecuente | <input type="checkbox"/> Otros problemas de sueño |
| <input type="checkbox"/> Conmoción cerebral | <input type="checkbox"/> Estrenimiento que requiere visitas al médico | <input type="checkbox"/> Trastorno hiperactivo y deficit de atencion |
| <input type="checkbox"/> Puntos necesarios | <input type="checkbox"/> Infección renal | <input type="checkbox"/> Problemas de humor |
| <input type="checkbox"/> En un accidente de coche | <input type="checkbox"/> Enuresis (después de cinco años) | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Otra lesión | <input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes del tracto urinario | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Caries dental | | <input type="checkbox"/> Otros problemas de comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Problemas con los ojos o la visión | | <input type="checkbox"/> Retraso en el habla |
| <input type="checkbox"/> Usa anteojos | | <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo |
| | | <input type="checkbox"/> Utiliza el alcohol/ las drogas |
| | | <input type="checkbox"/> Usa productos de tabaco |